

症例報告

上部消化器内視鏡検査で多彩な像を呈した
胃癌と胃悪性リンパ腫, 重複腫瘍1症例

山梨赤十字病院外科

後藤 哲宏 大 中 徹

吉 武 理 中尾健太郎

要約: 症例は86歳女性, 主訴は嘔吐. 上部消化管内視鏡検査で, 胃体下部大弯側と胃底部大弯側に周堤をともなう潰瘍性病変を認め, さらに胃体中部小弯側に平坦隆起型病変を認めた. 生検結果で胃体小弯部の病変から Group5 の低分化型腺癌を指摘. 胃体下部, 胃底部大弯側からの生検結果は壊死組織の評価であった. 同時性多発胃癌 (多発進行胃癌と早期胃癌) と診断し, 胃全摘術を施行した. 病理組織診断では, 胃体中部小弯病変は Type 0-IIa + IIc の早期胃癌の診断で, 胃体下部と胃底部大弯側病変は胃悪性リンパ腫の診断であった. 術前胃悪性リンパ腫の診断はできなかったが, 非常に稀である早期胃癌と胃悪性リンパ腫の合併の1例を経験した.

キーワード: 早期胃癌, 胃悪性リンパ腫, 重複癌

症 例

86歳, 女性. 主訴は嘔吐. 既往歴に糖尿病, 高血圧, 高脂血症がある. 2008年2月上旬より食後の嘔気が出現し, 症状が続く為3月上旬当院受診した. 上部内視鏡検査で悪性所見認め, 加療目的で入院となった.

入院時血液データとして RBC $4.71 \times 10^4 / \mu\text{l}$, Hb 11.1 g/dl と軽度の貧血を認め, 腫瘍マーカーは正常値であった (表1).

上部内視鏡所見: 胃体下部大弯側後壁寄りと, 胃底部大弯側に周堤をともなう潰瘍性病変 (type 2) を認めた. また胃体中部小弯側に丈の低い表面隆起型病変内に一部発赤を伴う陥凹病変 (type 0-IIa + IIc) がみられた (図1).

各病変2か所の生検の結果の胃体中部小弯側の病変は poorly-differentiated adenocarcinoma Group5. 胃体下部と胃底部大弯側からは necrotic tissue を指摘された.

CT 検査所見: 胃底部には約3cm大の病変と前庭部に全周性の壁肥厚がみられ, 胃周囲にリンパ節腫大を認めなかった (図2-a).

その他, 肺転移, 肝転移を疑う腫瘍性病変もなく, 縦隔・傍大動脈リンパ節の腫脹もなかった.

胃透視検査所見: 胃体下部大弯側と胃底部に隆起性病変を認める. 胃体部小弯側の丈の低い隆起性病変は描出されなかった. 胃の拡張伸展は比較的保たれていた (図2-b).

以上より Multiple Gastric cancer

① M, Gre, Type 2, cT3(SS),

② U, Gre, Type 2, cT3(SS),

③ M, Less, Type 0-IIa,

cN0, cM0 cStage II と術前診断し, 胃全摘 (D2 郭清), R-Y 再建+胆嚢摘出術を予定した.

表1 入院時血液データ

WBC 7460 / μl	T-Bil 0.6 mg/dl
RBC 471 万 / μl	GOT 20 U/l
Hb 11.1 g/dl	GPT 13 U/l
PLT 21.9 万 / μl	LDH 240 U/l
TP 6.5 g/dl	ALP 267 U/l
Alb 3.3 g/dl	T-Cho 192 mg/dl
Glu 124 mg/dl	CRP 0.61 mg/dl
BUN 11.2 mg/dl	
Cre 0.5 mg/dl	CEA 2.7 mg/ml
Na 141 mEq/l	CA19-9 15.7 U/ml
Cl 104 mEq/l	CA72-4 3.0 U/ml
K 3.8 mEq/l	
	HP Ab(-)

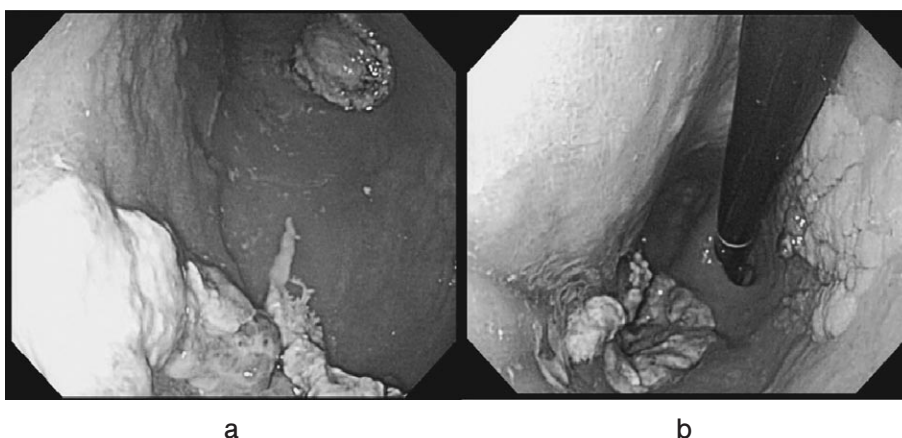


図1 上部内視鏡検査

- a: 胃体下部大弯側後壁近傍に、境界明瞭で汚い白苔に覆われた周堤をともなう潰瘍性病変を認めた。
胃底部大弯側中心に、境界やや不明瞭な汚い白苔に覆われた周堤をともなう潰瘍性病変を認めた。
b: 胃体中部小弯側にやや白色調の丈の低い表面隆起型病変内に一部発赤を伴う陥凹病変がみられた。

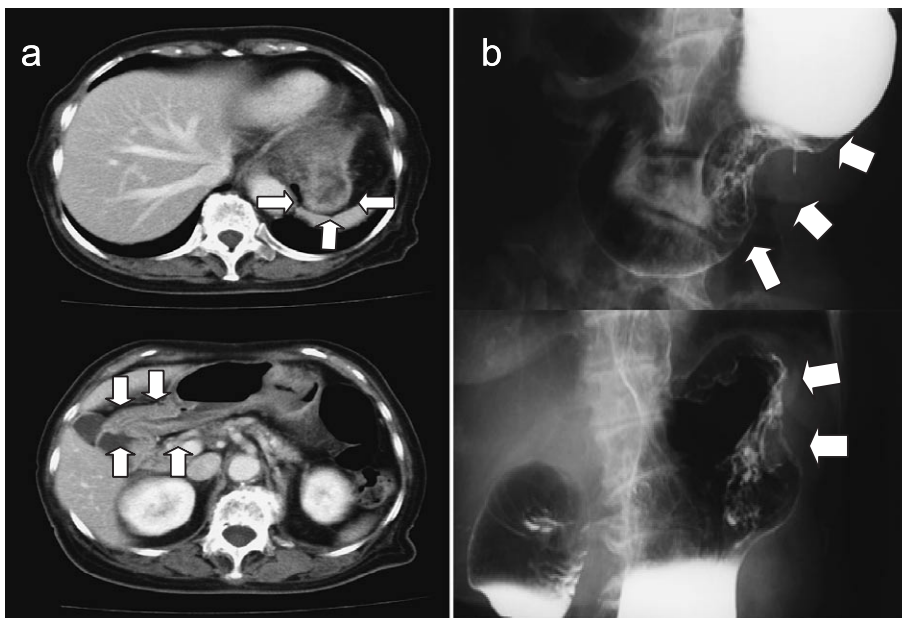


図2 腹部造影CT検査・胃透視

- a: 胃底部には外側に凸な約3 cm大の腫瘍性病変と前庭部に全周性の壁肥厚がみられる。胃周囲に明らかなリンパ節腫大はみられなかった。
b: 胃体下部大弯側に辺縁やや不整の隆起性病変をみとめ、胃底部にも辺縁不整の隆起性病変を認めた。

手術所見：胃底部病変が左横隔膜に浸潤しており、剥離不能なため左横隔膜合併部分切除し、胃全摘（D2郭清）、胆嚢摘出術、腸瘻造設術を施行した。

肉眼的病理所見：摘出標本では図3の様に、胃底部と胃体下部に2型病変と胃体中部小弯側を中心と

した丈の低い表面隆起型病変内に一部発赤を伴う陥凹病変（0-II a+ II c 型病変）がみられた。

組織学的病理所見：（胃癌取り扱い規約第14版に基づく）

胃底部と胃体下部後壁近傍の2型様病変：Gastric

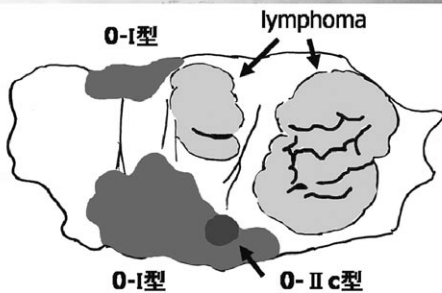
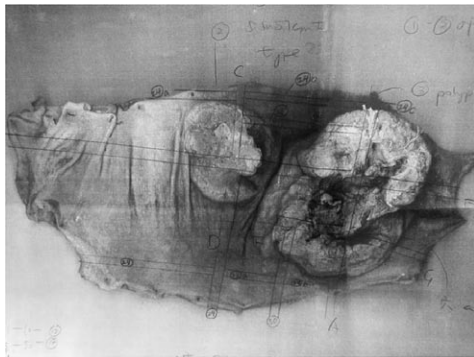


図 3 摘出標本

胃底部と胃体下部後壁寄りに限局性の2型様病変と胃体部小弯側を中心とした丈の低い隆起性病変と一部陥凹性病変（0-I + IIc 型様病変）がみられた。

malignant lymphoma, ① U, Gre, pType 2, 70 × 980 mm, diffuse large B cell lymphoma pT4 (SI), ② M, Gre, pType 2, 55 × 57 mm, diffuse large B cell lymphoma pT3 (SS), med, INFb, ly1, v0, pN:0(0/30), pPM0(20 mm), pDM0(90 mm) (図 4-a, b).

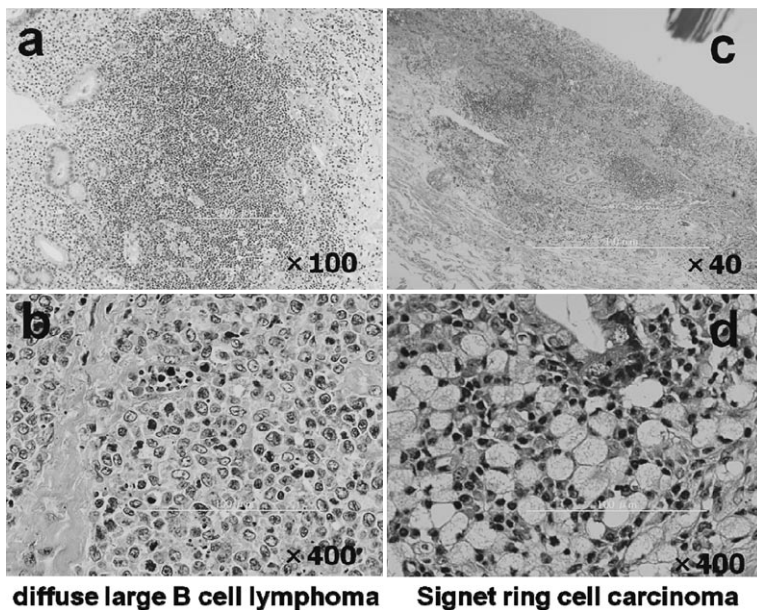
L26(+), CD79a(+), CD3(-), UCHL-1(-), AE1/AE3(-), Keratin W(-) (図 5).

胃体部小弯側の病変：Gastric cancer, M, Less, pType 0-IIa + IIc, 140 × 85 mm, sig >> tub1 > por1, pT1b(SM), med, INFb, ly1, v0, pN2(4/30), pPM0(20 mm), pDM0(60 mm) (図 4-c, d).

L26(-), CD79a(-), CD3(-), UCHL-1(-), AE1/AE3(+), Keratin W(+) であった。

以上より、全身検索で病変が横隔膜より下だけで他部位にリンパ節腫大なく胃内2か所の病変がある胃原発悪性リンパ腫（Stage II）と胃早期癌（Stage IB）の重複腫瘍と最終診断した。

術後経過：術後経過は順調で、第4病日から腸瘻栄養開始し、第12病日から経口摂取を開始した。第22病日に腸瘻を抜去し、第29病日に退院した。



diffuse large B cell lymphoma Signet ring cell carcinoma

図 4 病理組織学的所見

- a, b：類円形から楕円形の粗なクロマチンに富んだ、やや大型のリンパ球系の腫瘍細胞が上皮配列を伴わずにびまん性の増殖を認めた。
- c：腫瘍細胞が粘膜下層に浸潤している。
- d：細胞内に粘液が充満し、核が偏在している印環細胞癌を認めた。

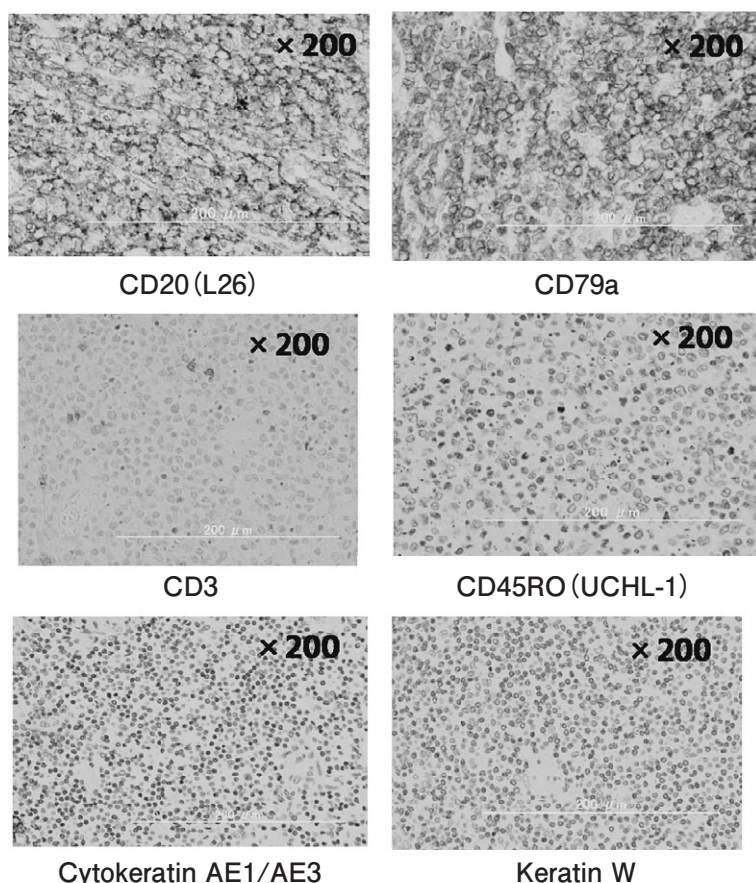


図 5 免疫染色検査

B 細胞マーカー：L26(+), CD79a(+) 陽性.

T 細胞マーカー：CD3(-), UCHL-1(-) 陰性. 上皮系マーカー：AE1/AE3 (-), Keratin W(-) 陰性.

術後化学療法の検討もあったが、家族の強い希望もあって告知せず、後療法なしで経過観察となった。術後1年経過するが再発兆候は認めていない。

考 察

胃癌の生検正診率95%以上と高いが、胃悪性リンパ腫の生検正診率は高くない。横田らは、胃悪性リンパ腫における潰瘍型リンパ腫の生検での腫瘍細胞採取率は69～88%、生検1回当たりの正診率は24～38%と報告している¹⁾。

病変のどの部位から何個生検すべきかといった検討が必要となる。成澤らの検討では、潰瘍底部での陽性率は極めて低く、周堤・潰瘍辺縁部での陽性率が高いと報告している²⁾。

腫瘍採取率に比べ正診率が低い理由として①異型

性の低さ、②異型細胞が量的に少ない（潰瘍底の肉芽組織中にしかないことや挫滅による）、③低・未分化癌とみなされるからだ。そのため、術前に胃悪性リンパ腫の存在が見落とされる場合がある。

今回われわれが経験した症例も、術前に2型病変の生検でnecrotic tissueとの結果で胃悪性リンパ腫と診断することができなかった。

胃の悪性新生物のほとんどは胃癌であるが、胃癌以外の悪性腫瘍（約5%）として比較的頻度が高いのは、悪性リンパ腫で胃原発性悪性腫瘍の約1%を占める。消化管悪性リンパ腫は全リンパ腫の約10%を占め、胃原発のものが約60～80%と最も多い³⁾。

医中誌で1982年から2009年の28年間で早期胃癌と胃原発悪性リンパ腫の同時性の重複症例の報告

を可能な限り検索した結果、79 症例の報告があり、われわれが経験した症例も稀であるといえる。

霞らは、胃癌と胃悪性リンパ腫の合併症例の集積により、悪性リンパ腫は胃癌の発生前に先行するのではないかと述べている。また、胃悪性リンパ腫の存在は、その近傍に分化型胃癌の発生を認める報告している⁴⁾。

同一臓器内における癌腫と肉腫の共存関係は、病理学的に①癌肉腫（狭義）、②衝突腫瘍、③相離れて独立に共存するものに大別される⁵⁾。本症例は相離れて独立に共存するタイプであった。

癌腫と肉腫の重複腫瘍の発生原因として RLH (reactive lymphoid hyperplasia) の内に癌腫とリンパ腫の発生があることから、RLH が双方の発生に関連する可能性を示唆する報告もある⁶⁾。他に、悪性リンパ腫と *H. pylori* 感染との関与が以前より報告されている。また、胃癌の発生にも *H. pylori* の関与が考えられているが⁷⁾、*H. pylori* と癌腫と肉腫の重複腫瘍の発生原因の因果関係は明らかではない。

本邦で報告されている胃癌と胃悪性リンパ腫の合併症例では、早期胃癌での報告が多く、術後補助療法も胃悪性リンパ腫に対してのものが多く、予後に関して、両者のうち予後の悪い方が全体の予後を決定するものと考えられている。本症例では、胃癌は stage IB (第 14 版胃癌取り扱い規約, 2010)、胃悪性リンパ腫はⅡ期 (Cotswold 改訂分類) で、悪性リンパ腫の予後予測 IPI (International Prognostic Index) では low-intermediate risk (低中リスク) であった⁸⁾。

われわれも術後治療は、悪性リンパ腫に対して考慮したが、高齢であり、また家族が告知を望まなかった為、後療法を施行しなかった。

本症例の反省点は、術前に悪性リンパ腫の存在を

診断出来なかったことで、進行胃癌と判断してしまったことである。術前に悪性リンパ腫を診断し化学療法が施行出来ていれば、高齢患者に過侵襲になりえる治療法を選択しなくても済んだかもしれない事である。

胃内視鏡検査で多彩な病変を見た場合は、胃悪性リンパ腫の合併の可能性を忘れずに治療を考慮していく必要があると考えられる。

文 献

- 1) 横田欽一, 奥山修児, 結城正光, ほか: 胃悪性リンパ腫の生検診断 AgNOR 染色の有用性と限界について. 日消誌 90: 637-646, 1993.
- 2) 成沢林太郎, 佐々木亮, 朝倉 均, ほか: 原発性消化管リンパ腫の内視鏡 リンパ腫の内視鏡所見と組織像の対比 的確な生検採取部位を決定するために. 消内視鏡 3: 1279-1283, 1991.
- 3) 関塚永一: 胃の悪性新生物. 臨床検査のガイドライン JSML2009 検査値アプローチ・症候・疾患・検査の評価法 (日本臨床検査医学会ガイドライン作成委員会編), pp. 206-210, 日本臨床検査医学会, 東京, 2009.
- 4) 霞富士雄, 高木国夫, 加藤 洋, ほか: 胃癌・胃肉腫重複についての考察. 日臨外医会誌 34: 105-115, 1979.
- 5) 内田雄三, 柴田興彦, 一万田充俊, ほか: 胃悪性リンパ腫と早期胃癌の共存例. 癌の臨 29: 174-176, 1983.
- 6) 前多松喜, 室 博之, 白沢春之, ほか: 悪性リンパ腫と腺癌が同一胃内に共存した 2 症例. 癌の臨 38: 703-707, 1992.
- 7) Watanabe T, Tada M, Nagai H, et al: Helicobacter pylori infection induces gastric cancer in mongolian gerbils. Gastroenterology 115: 642-648, 1998.
- 8) A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. N Engl J Med 329: 987-994, 1993.

COEXISTENCE OF ADENOCARCINOMA AND MALIGNANT LYMPHOMA IN THE STOMACH SHOWING VARIOUS IMAGES ON GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

Tetsuhiro GOTO, Tohru OHNAKA,
YOSITAKE Osamu and Kentaro NAKAO

Department of Surgery, Yamanashi Red Cross Hospital

Abstract — An 86-year-old woman visited our hospital with the chief complaint of vomiting. Upper gastrointestinal endoscopic examination showed the giant ulcer confinement tumor-type lesion in the greater curvature of the lower body and fornix in the stomach, and showed a low elevated flat-type lesion in the lesser curvature of the middle body in the stomach. Histological examination by endoscopy revealed poorly-differentiated adenocarcinoma from the lesion of the lesser curvature of the middle body in the stomach. Samples from the greater curvature of the lower body and fornix in the stomach were assessed to be necrotic tissue. Endoscopic examination and pathological examination indicated multiple advanced gastric cancer and early gastric cancer. The patient underwent a total gastrectomy. The resected tumors were assessed to be type 0-I + II c in the lesser curvature of the middle body and type 2 in the greater curvature of the lower body and fornix. Histological results indicated signet-ring cell carcinoma of type 0-II a + II c and malignant lymphoma of type 2. Although malignant lymphoma could not have been diagnosed before the operation, we encountered a very rare case of the coexistence of early adenocarcinoma and malignant lymphoma in the stomach.

Key words: early gastric cancer, gastric malignant lymphoma, duplication cancer

[受付：7月22日，受理：9月24日，2010]